



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

En intervjustudie om motivation för fysisk aktivitet hos personer med schizofreni

An interview study on motivation for physical activity in people with schizophrenia

Författare: Astrid Thomas och Anna Weineholm

Handledare: Kajsa Landgren

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Personer med schizofreni rör sig mindre än den generella befolkningen och har en ökad risk att dö i förtid till följd av sjukdomar som går att förebygga med fysisk aktivitet.

Syfte: Att belysa vilka motiverande och hindrande faktorer som personer med schizofreni upplever påverkar deras val att genomföra fysiska aktiviteter.

Metod: Studien var en empirisk kvalitativ intervjustudie med nio deltagare. Insamlade data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Dataanalysen resulterade i två teman, Motivation till fysisk aktivitet och Hinder för fysisk aktivitet. Dessa teman berörde både motivation till fysisk aktivitet inom psykiatrisk öppenvård och till fysisk aktivitet generellt. Motivation beskrevs bland annat utifrån en vilja att uppnå en positiv effekt på det egna psykiska eller fysiska måendet. Även sociala sammanhang hade betydelse för motivationen att vara fysiskt aktiv. Hindrande faktorer handlade om att det egna måendet, såväl det fysiska som psykiska, begränsade möjligheter att kunna eller vilja vara fysiskt aktiv.

Konklusion: Att underlätta för den aktuella patientgruppen att vara fysiskt aktiv är av stort värde för att minska risken att dö i förtid till följd av livsstilssjukdomar. Vårdens uppgift bör därför vara att förstärka den individuella motivationen och minimera eventuella hinder som kan påverka förutsättningarna för fysisk aktivitet. Det kan till exempel ske genom regelbundna samtal kring levnadsvanor.

Nyckelord

Schizofreni, fysisk aktivitet, motivation, psykiatrisk öppenvård.

Schizophrenia, physical activity, motivation, psychiatric outpatient care.

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Motivation.....	6
Aktivitet	7
Mortalitet.....	8
Läkemedelsbehandling.....	8
Lagar och styrdokument.....	9
Sjuksköterskans och psykiatrijuksköterskans ansvar	9
Perspektiv och utgångspunkter	10
Teoretiskt ramverk.....	11
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	13
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Författarnas förståelse.....	14
Resultat.....	15
Motivation till fysisk aktivitet.....	15
Positiv effekt av fysisk aktivitet	16
Inställning till fysisk aktivitet	16
Struktur som stödjer motivation	17
Socialt sammanhang.....	17
Hinder för fysisk aktivitet	18
Psykiiskt eller fysiskt hinder.....	18
Praktiskt hinder.....	19
Hinder för fysisk aktivitet på öppenvården	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer	26
Referenser.....	27
Bilaga 1 (1).....	33

Problemområde

Kardiovaskulära sjukdomar är en av de största bakomliggande orsakerna till för tidig död hos personer med schizofreni (Hennekens et al., 2005). Personer med schizofreni rör sig mindre och har sämre kardiovaskulär kondition än den generella befolkningen. Med regelbunden fysisk aktivitet är det möjligt att åstadkomma mätbara förbättringar av den kardiovaskulära konditionen hos denna patientgrupp (Scheewe et al., 2012). Enligt *International Council of Nurses* (ICN) etiska kod är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att förebygga sjukdom, de andra är att främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Ambitionen med föreliggande studie är att belysa vad personer med schizofreni upplever motiverar eller hindrar dem att delta i fysiska aktiviteter. Studien inkluderar både personer som regelbundet deltar och de som aldrig deltar i fysiska aktiviteter, arrangerade av personal på psykosmottagningars öppenvård (ÖV). En förhoppning med föreliggande studie är att ett bredare perspektiv kring vad som motiverar patientgruppen till fysisk aktivitet, kan underlätta kommunikation mellan patient och vårdgivare och öka patientens delaktighet och inflytande. Det finns ett flertal studier som studerat motivation till fysisk aktivitet hos personer med schizofreni och detta har gjorts på flera olika sätt. Exempelvis studerar Vancampfort et al (2015) samband mellan olika symptom och motivation till fysisk aktivitet med hjälp av olika skattningsformulär, Ringen et al (2018) undersöker om motivationen till fysisk aktivitet går att påverka med motiverande interventionssamtal (MI-samtal) och Rastad et al (2014) intervjuar patienter som vårdas på psykosmottagning, om motiverande faktorer och faktorer som hindrar fysisk aktivitet. Studien av Rastad et al (2014) har flera likheter med föreliggande studie. Den väsentliga skillnaden är att Rastad et al (2014) använder regelbundet deltagande i fysisk aktivitet på psykosmottagning som ett inklusionskriterium. Det förefaller vara få studier som inkluderar patienter som aldrig deltar, vilket den här studien gör.

Bakgrund

Enligt World Health Organization (WHO) har ca 24 miljoner personer i världen schizofreni, vilket motsvarar ca 0,4 % av personer över 18 år (WHO, 2022). I Sverige har 30 000-40 000 personer schizofreni, vilket motsvarar ca 0,4 % av befolkningen (SBU, 2012). Schizofreni debuterar vanligtvis i 20–25 årsåldern hos män och 25–30 årsåldern hos kvinnor. För kvinnor

återkommer risken att insjukna efter 45 års ålder. Det finns ingen känd orsak till att en del får sjukdomen och andra inte men förmodligen spelar både genetik och uppväxtmiljö en betydande roll. Schizofreni är en kronisk sjukdom som innebär återkommande psykotiska skov. Symtomen brukar delas in i positiva och negativa symtom. Positiva symtom är vanföreställningar och hallucinationer. Negativa symtom kan sammanfattas som förlust av förmågor personen tidigare haft. Det kan handla om att personen pratar mindre, har svårare att samla tankarna och har svårare att uttrycka både tankar och känslor (Bodén, 2016). Storch-Jakobsen et al (2018) studerade överviktiga personer med schizofreni. Studien visade att negativa symtom var associerat med högre frekvens av ohälsosamma vanor som rökning och inaktivitet. Denna grupp hade även sämre värden relaterat till hjärt- och kärhälsa (Storch-Jakobsen et al., 2018). Förekomsten av positiva symtom mellan skoven kan variera. Det vanligaste är att de positiva symtomen avtar efter ett psykotiskt skov men att de negativa symtomen vanligtvis kvarstår, så att en kognitiv försämring gradvis sker. Den allvarligaste formen av schizofreni innebär ett kroniskt psykostillstånd med kontinuerlig brist på verklighetsförankring (Bodén, 2016).

Motivation

Motivation kan definieras som en persons hopp om att förändra sin tillvaro till det bättre. Alla människor har i grunden en inre motivation att leva ett meningsfullt liv. För en del personer är motivationen latent, eller vilande. Hopp är knutet till den latent motivationen och det kan ses som en vårdhandling att väcka hoppet och motivationen till ett meningsfullt liv (Rudenlund, 2020). Hopp är även en av de sex känslouttryck som påverkar en persons motivation. De andra fem är: engagemang, tilltro, aktning, förståelse och ärlighet (Revstedt, 2014). Motsatsen till latent motivation är manifest motivation. Manifest motivation innebär att personen är motiverad till att uppnå ett mål som tidigare legat utom räckhåll (Rudenlund, 2020). Enligt tidigare forskning motiveras personer med schizofreni att vara fysiskt aktiva av samma faktorer som personer utan schizofreni. Motivationen kan till exempel handla om att fysisk aktivitet är associerat med bättre hälsa och livskvalitet. Skillnaden är att personer med schizofreni ofta upplever sig hindrade att vara fysiskt aktiva på grund av sjukdomssymtom och biverkningar av medicinering (Laursen et al., 2014). Negativa symtom vid schizofreni är associerat med lägre autonom motivation till fysisk aktivitet (Vancampfort et al., 2015) och bristande motivation kan i sig ses som ett negativt symtom (Bodén, 2016). Ringen et al (2018) studerade effekten av regelbundna motiverande interventioner (MI) på personer med

schizofreni. MI-samtalen fokuserade på hälsosam livsstil. Regelbundna MI-samtal ledde inte till att personerna blev mer aktiva. Däremot sjönk provvärden relaterade till alkoholkonsumtion och flera deltagare slutade röka (Ringén et al., 2018). Rastad et al (2014) intervjuade personer med schizofreni som regelbundet deltog i fysiska aktiviteter arrangerade av psykosmottagnings öppenvård (ÖV) om deras syn på deltagande i dessa grupper för fysisk aktivitet. Personerna beskrev motiverande faktorer, hinder och hjälpsamma strategier. Motiverande faktorer var när aktiviteten i sig gav en positiv upplevelse och blev något att se fram mot. Hinder var symtom på sjukdom, trötthet, eller att aktivitet i grupp ökade känslan av ensamhet. Strategier var att försöka motivera sig själv eller ta hjälp från sjukvårdspersonal. Det framkom även att det kunde vara till hjälp för personerna att aktiviteten föreslogs av sjukvårdspersonal och att det inte var upp till deras egna initiativ (Rastad et al., 2014).

Aktivitet

Fysisk aktivitet definieras ur ett fysiologiskt perspektiv som kroppsrörelser som höjer energiförbrukningen utöver den energiförbrukning som sker vid vila. Fysisk träning innebär fysisk aktivitet som genom planering och strukturering avser att på sikt förbättra eller bibehålla kondition och styrka. Den generella rekommendationen kring fysisk aktivitet är att den minst skall hålla en nivå som medför hälsovinster. Fysisk aktivitet som inte uppnår denna nivå definieras som otillräcklig fysisk aktivitet. (Mattsson et al., 2017). Av de personer som har schizofreni upplever 70-100 % någon form av svårighet kopplat till att röra sig. Det kan handla om ofrivilliga rörelser, stelhet, långsamt rörelsemönster eller problem med balans och koordination (Morrens et al., 2014). Det är även vanligt att personer med schizofreni har en avvikande kroppsuppfattning. Detta kan handla om svårigheter att avgöra var kroppen börjar och slutar, hur stor kroppen är och hur den sitter ihop (Waters et al., 2010). Muskelstärkande fysisk aktivitet kan minska symtomgraden vid schizofreni, samt höja funktionsnivån. Detta enligt en studie som jämfört mätningar av funktionsnivån enligt GAF-skalan, före och efter ett tolv veckor långt träningsprogram (Maurus et al., 2020). Forsberg Brobakken et al (2020) studerade effekten av regelbunden aerobisk interventionsträning (AIT) under ett års tid. Personerna som regelbundet deltog i AIT via sin öppenvårdsmottagning hade vid studiens slut mätbart förbättrat sin kardiovaskulära kondition. Kontrollgruppen som enbart fick en introduktion i AIT och uppmuntrades till fortsatt träning utanför öppenvården, hade vid studiens slut mätbart försämrat sin kardiovaskulära kondition. Majoriteten av kontrollgruppen

uppgav även att de slutat träna (Forsberg Brobakken et al., 2020). Hedlund et al (2017) menar att personer med schizofreni bör följa allmänna rekommendationer kring muskelstärkande fysisk aktivitet, men att det ofta behövs stöttning för att upprätthålla rutinen. Utöver de allmänna rekommendationerna bör personerna även rekommenderas aerob fysisk aktivitet i kombination med kostomläggning. Detta för att förebygga eller motverka övervikt. Aerob fysisk aktivitet kan även förbättra den sociala och fysiska funktionen, samt minska depressiva symtom (Hedlund et al., 2017).

Mortalitet

Personer med schizofreni löper 2-3 gånger högre risk att dö i förtid jämfört med övrig befolkning (Laursen et al., 2014). Det har skett en förbättring sedan år 1995 fram till år 2015, då självmord som dödsorsak har minskat. Ett observandum är att död till följd av somatiska sjukdomar har ökat och förväntas fortsätta öka. De två vanligaste dödsorsakerna är kardiovaskulära sjukdomar och cancer. Andra vanliga somatiska dödsorsaker är följsjukdomar relaterat till diabetes och lungsjukdomar (Laursen et al., 2019). Enligt en amerikansk kohortstudie var den vanligaste dödsorsaken bland dem som var diagnostiserade med schizofreni, död till följd av kardiovaskulära sjukdomar. Kardiovaskulära sjukdomar beräknades vara dödsorsak i 403 fall på 100 000 personer med schizofreni. Lungcancer utgjorde 74 dödsfall på 100 000 personer och självmord utgjorde 52 fall per 100 000 personer. Vanliga riskfaktorer som identifierades var rökning, höga kolesterolvärden, kraftig övervikt och inaktiv livsstil (Olofson et al., 2012).

Läkemedelsbehandling

Schizofreni behandlas med neuroleptika, i tablett- eller injektionsform. Behandlingen används för att häva aktiva psykosor, men oftast krävs fortsatt läkemedelsbehandling för att förebygga insjuknande i ett nytt psykotiskt skov (Bodén, 2016). Neuroleptika blockerar dopaminreceptorer i hjärnan, vilket framför allt minskar positiva psykotiska symtom. Det som skiljer de olika neuroleptikapreparaten åt är vilken del av hjärnan de påverkar, vilket har betydelse för biverkningsprofilen. Första generationens neuroleptika har en biverkningsprofil som ger extrapyramidala biverkningar. Detta kan yttra sig som stelhet, störningar i motoriken och känsla av att det kryper i kroppen. Andra generationens neuroleptika har en biverkningsprofil som i högre grad ger metabola biverkningar. Denna biverkningsprofil

förekommer också hos första generationens neuroleptika. Metabola biverkningar är beroende av flera olika faktorer som påverkas av neuroleptika. Bland annat så har neuroleptika en sedativ effekt som leder till ökad trötthet och oftast minskad fysisk aktivitet. Det sker även en ökad insöndring av tillväxthormon från hypofysen, basal metabolism försämras och aptiten ökar. Detta kan leda till kraftig viktökning på flera kilo, som i sin tur innebär ökad bukfetma och en ökad nivå av blodlipider. I förlängningen leder detta till ett metabolt syndrom som ökar risken för kardiovaskulära sjukdomar (Ottosson, 2015).

Lagar och styrdokument

Förenta nationernas (FN:s) konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning öppnade för underteckning 2007 och skrevs då under av 82 länder, däribland Sverige. Personer med funktionsnedsättning omfattar bland annat personer med varaktiga psykiska funktionsnedsättningar, vilket även inkluderar personer med diagnosen schizofreni. Konventionens syfte är att skydda och säkerställa att mänskliga rättigheter inkluderar personer med funktionsnedsättning. En av de rättigheter som omfattas av konventionen är Rätt till liv. Konventionen bekräftar att varje människa har rätt till livet och att alla åtgärder som behövs skall vidtas för att personer med funktionsnedsättning ska få ta del av denna rätt på samma villkor som andra (Socialdepartementet, 2008). Som tidigare nämnts löper personer med schizofreni en markant högre risk att dö i förtid till följd av sjukdomar som går att förebygga med fysisk aktivitet (Laursen et al., 2014). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) definierar hälso- och sjukvård som medicinska åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdom. Enligt Socialstyrelsen (2018) bör både socialtjänst och hälso- och sjukvård erbjuda insatser för att främja fysisk aktivitet för personer med schizofreni. Syftet är att med hjälp av fysisk aktivitet förebygga risken att dö till följd av hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2018).

Sjuksköterskans och psykiatrisjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan ansvarar för kliniska beslut som gör det möjligt för personer att förbättra, bevara eller återfå sin hälsa. Det kan även handla om hjälp att lära sig hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning. Syftet är att personen skall uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet livet ut (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Fysisk aktivitet förbättrar hälsa, förebygger sjukdom och bidrar till god livskvalitet. (Svensk

sjuksköterskeförening, 2020). Detta kan tolkas som att det är sjuksköterskans ansvar att bidra till att goda förutsättningar för fysisk aktivitet upprätthålls.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) menar att psykiatrisjuksköterskan har ett kompetensområde utöver den grundutbildade sjuksköterskans ansvar och kompetens. Kompetensbeskrivningen för psykiatrisjuksköterskor omfattar bland annat att verka för att personer med psykisk ohälsa skall få möjlighet till hälsa och god vård, men även att kunna bedöma både fysiska och psykiska parametrar vid tillsyn av patienten. Omvårdnad inom psykiatri beskrivs som insatser vars syfte är att öka personens känsla av kontroll över sitt liv, lära sig hantera känslor, utveckla strategier och att hantera konsekvenser av psykisk eller somatisk sjukdom (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Perspektiv och utgångspunkter

Personer med schizofreni rör sig mindre än den generella befolkningen (Scheewe et al., 2012) och dör i förtid av sjukdomar som kan förebyggas med fysisk aktivitet (Laursen et al., 2014). Föreliggande studie försöker därför förstå motivation till fysisk aktivitet hos personer med schizofreni, ur ett patientperspektiv. Vanföreställningar och hallucinationer ingår i sjukdomsbilden vid schizofreni, vilket kan komma att påverka personens syn på verkligheten (Bodèn, 2016). Livsvärld är den verklighet som en person upplever, lever i och agerar utifrån. Teorin bygger på att alla delar och lever i en och samma fysiska värld, men att vi tolkar verkligheten på olika sätt utifrån våra personliga upplevelser (Ekebergh, 2020). För att förstå patientperspektivet hos personer med schizofreni är det därför av intresse att förstå deras livsvärld. Enligt Asp (2020) är varje livsvärld unik och kunskap om dessa upplevelser kan därför enbart nås genom att personer berättar. Patientperspektivet kännetecknar vårdvetenskapen genom att det existerar utöver professionsperspektivet och öppnar upp för kunskap om den egna hälsan på individnivå (Asp, 2020). Detta kan även knytas till personcentrerad vård som karaktäriseras av att mötet mellan patient och vårdare utgår från patientens berättelse. Personcentrerad vård är en av de sex kärnkompetenserna för sjuksköterskor. De övriga fem är samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Personcentrerad vård innebär att patient och närstående skall ses som unika personer med unika behov och resurser. Mötet mellan vårdare och patient skall bygga på en ömsesidig respekt för varandras kunskap och där patient och anhöriga är delaktiga i hur vården utformas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Begreppet personcentrerad vård uppkom till följd av ett allt mer utbrett missnöje bland

patienter och deras anhöriga. Kritiken var att vården utgick från sjukdomen och att personen bakom sjukdomen glömdes bort. Flera studier har därefter visat att ett personcentrerat förhållningssätt stödjer patientens livskraft och upplevelse av livsmening (Ekman & Norberg, 2020).

Teoretiskt ramverk

Antonovskys salutogena hälsoteori fokuserar på personens känsla av sammanhang, (KASAM), i tillvaron. Personens KASAM bygger på tre komponenter: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Även förmågan att uppfatta sammanhanget ses som avgörande även om det inte betraktas som en komponent i sig. Innebörden av teorin är att en person kan ha hälsa trots svår sjukdom om personen upplever sig själv i ett sammanhang som är meningsfullt, hanterbart och begripligt (Antonovsky, 1991). Hög sjukdomsgrad vid schizofreni har visat sig vara associerat med lägre grad av KASAM och låg sjukdomsgrad har varit associerat med högre grad av KASAM. Schizofreni är en svår kronisk sjukdom som påverkar personens kognitiva förmågor på ett sådant sätt att det även påverkar förutsättningarna för graden av KASAM (Bengtson-Tops et al., 2005). Enligt teorin har graden av KASAM även betydelse för hur väl personen klarar av stressfyllda situationer, samt personens förmåga att klara av att genomföra olika uppgifter (Antonovsky, 1991). Detta skulle kunna tolkas som att graden av KASAM även kan påverka förmågan att klara av att genomföra uppgifter i form av fysisk aktivitet.

Syfte

Syftet är att belysa vilka motiverande och hindrande faktorer som personer med schizofreni upplever påverkar deras val att genomföra fysiska aktiviteter.

Metod

Studien var en empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Polit & Beck, 2021). Insamlade data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Urval

För att hitta informanter som ansågs vara mest lämpade att delta i studien använde sig författarna av ett strategiskt urval (Hartman, 2004). Inklusionskriterier var patienter med schizofreni som var inskrivna på utvalda psykosmottagningar i tre mellanstora städer i Skåne och som hade haft diagnosen i minst fem år. De aktuella mottagningarna valdes utifrån att de tillsammans beräknades omfatta tillräckligt många patienter för att tillgodose ett så brett urval som möjligt. Exklusionskriterier var patienter som under tiden för studien insjuknade i psykotiskt skov och/eller var i behov av slutenvård. För att erhålla så stor variation som möjligt i intervju svaren inkluderades män och kvinnor i olika åldrar. Aktuell vårdform utgjorde inte något urvalskriterium, vilket innebär att både patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) kan ha ingått i studien. Innan studien påbörjades skickades brev med information till verksamhetschefen och här bifogades också en förfrågan om godkännande för genomförandet av studien inom verksamhetsområdet. Efter att godkännande erhållits skickades informationsbrev om studien till respektive enhetschef som sedan vidarebefordrade brevet till sin personal. Urvalet skedde genom att personal på respektive mottagning valde ut patienter som uppfyllde de aktuella kriterierna och som antingen regelbundet deltog i aktiviteter eller inte deltog alls. Personal förmedlade kort information om studien till dessa patienter och frågade om intresse av att bli kontaktade av författarna. Patienterna tillfrågades även om samtycke till att adressuppgifter och telefonnummer lämnades ut. Därefter skickade personalen ett personligt brev till de patienter som hade lämnat samtycke till kontakt. Detta följdes upp genom att patienterna ringdes upp av författarna och fick kompletterande information om studien och det gavs även utrymme för frågor. I brevet betonades även att det inte fanns någon koppling mellan deltagandet i studien och den aktuella vård som patienterna erhöll på mottagningarna. Tidsaspekten är avgörande för en studies omfattning (Kvale & Brinkmann, 2014). Under de två månader som avsattes för datainsamling genomfördes nio intervjuer.

Instrument

Vid utformningen av intervjuguiden (bilaga 1) valde författarna att arbeta med teman som utgick från studiens syfte och som berörde informanternas förhållande till och motivation för fysisk aktivitet i vardagen (Kvale & Brinkmann, 2014). Fokus låg även på deras deltagande i fysiska aktiviteter inom den psykiatriska öppenvården.

Datainsamling

Insamlingen av data skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer (bilaga 1). Intervjuerna skedde på de aktuella psykosmottagningarna och författarna valde att genomföra dem var för sig. Varje intervju varade mellan 15-20 minuter och spelades in med hjälp av en diktafon. En pilotintervju genomfördes i inledningsskedet av studien för att få möjlighet att testa såväl intervjuguide som intervjuteknik och inspelningsutrustning (Kvale & Brinkmann, 2014). Pilotintervjun bedömdes vara av en sådan kvalitet att den kunde inkluderas i studien och det gjordes inga förändringar i frågorna i intervjuguiden.

Analys av data

Författarna genomförde en latent analys av data enligt Graneheim och Lundman (2004). All data transkriberades ordagrant och avidentifierades sedan genom att respektive intervju försågs med ett kodnummer. Den kodnyckel som användes för ändamålet förvarades oåtkomligt för obehöriga och kommer att förstöras efter godkänd examination. Det transkriberade materialet lästes igenom upprepade gånger av båda författarna i syfte att få en förståelse för texten i sin helhet. Texten sorterades sedan utifrån sitt innehåll genom att meningsbärande enheter identifierades. Dessa enheter kunde bestå av ord, enstaka meningar eller längre textavsnitt som var relevanta utifrån syftet med studien. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar en reducering av mängden data som inte fyllde någon funktion för den fortsatta analysen. Det gjorde texten lättare att hantera, utan att det påverkade det centrala budskapet. Den kondenserade texten abstraherades och försågs med koder som kortfattat beskrev innehållet i enheterna och på en övergripande nivå. Koderna delades därefter in i subteman utifrån likheter och skillnader mellan dem. Alla koder skulle passa in i ett specifikt subtema. Om det fanns koder som hamnade utanför eller kunde tänkas tillhöra flera subteman, var det nödvändigt att ta ett steg tillbaka i processen för att undersöka vad som var orsaken till detta och vad som behövde förändras för att få dem att passa in. Dessa subteman jämfördes sedan utifrån sitt innehåll och även med de transkriberade intervjuerna i sin helhet, för att se om något hade missats. Med detta som bakgrund formulerades slutligen teman. Författarna transkriberade sina egna intervjuer, medan själva analysen av materialet genomfördes tillsammans. Exempel på hur texten bearbetades från transkribering till tema förklaras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på bearbetning av text

Meningsbärande enhet (ME):	Kondensering:	Kod:	Subtema:	Tema:
men sen så sluta jag med det å jag kan inte komma igång igen det är som å sluta röka fast det är börja träna istället	Sen sluta jag med det å jag kan inte komma igång igen Som å sluta röka fast börja träna istället	Slutade, kan inte komma igång igen	Psykiskt eller fysiskt hinder för fysisk aktivitet	Hinder för fysisk aktivitet

Forskningsetiska avvägningar

Informerat samtycke är en grundläggande etisk princip som är viktig att ha i åtanke vid rekrytering av deltagare till en studie (Polit & Beck, 2021). Det handlar ytterst om att skydda deltagarna och verka för att deras rätt till självbestämmande respekteras. Informerat samtycke innebar att all väsentlig information gällande studien förmedlades på ett för målgruppen begripligt sätt, så att de var medvetna om vad de tog ställning till och att allt skedde på frivillig väg. Samtycke inhämtades även i samband med varje intervjutillfälle och det skedde genom att deltagaren undertecknade en samtyckesblankett som sedan sparas tills studien är avslutad. Informationen gavs både muntligt och skriftligt och det betonades att den som deltog i studien när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att det fick några konsekvenser. Av informationen framkom det även att all data behandlas konfidentiellt och att studien kommer att presenteras på ett sådant sätt att enskilda deltagare inte skulle kunna identifieras (Vetenskapsrådet, 2017). De inspelade intervjuerna förvarades i ett låst utrymme på arbetsplatsen, till vilket endast författarna hade tillgång. Efter transkribering sparades materialet sedan på en dator som var låst med ett personligt lösenord. Det föreligger en ökad risk för sårbara individer eller grupper att utsättas för skada eller obehag i samband med deltagande i forskning och i Helsingforsdeklarationen (2013) betonas därför att det bör vidtas specifika åtgärder för att utöka skyddet för dessa individer (WMA, 2013). Gällande föreliggande studie bedömde författarna att det å ena sidan fanns risk att informanterna kunde uppleva obehag kopplat till deras deltagande i studien. Å andra sidan bedömdes det finnas en nytta med studien som på flera sätt skulle kunna vara till gagn för informanterna och deras

hälsa, både på kortare och längre sikt. Utifrån det perspektivet ansåg författarna att nyttan i det här fallet övervägde eventuella risker. Ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN för rådgivande yttrande angående den aktuella studien. Enligt utlåtande för ansökan nr 42-22 som erhöles 220519, hade VEN inga invändningar mot att studien genomfördes.

Författarnas förförståelse

Författarna har genom sitt arbete i psykosvården personlig erfarenhet av studiens målgrupp. Det innebar således att det fanns en förförståelse kring det aktuella forskningsområdet, något som kunde påverka författarnas förhållningssätt i processen med insamling och analys av data (Polit & Beck, 2021). Det är oundvikligt att inte bära med sig någon form av förförståelse men den kan också ligga till grund för en ökad förståelse för ett fenomen, vilket var fallet när det gäller föreliggande studie. Det fanns en medvetenhet hos författarna att förförståelsen kunde utgöra ett hinder för graden av öppenhet genom hela studien men den kunde samtidigt ses som en tillgång då författarna hade god kännedom om målgruppen. Det är en viktig aspekt sett till studiens trovärdighet (SBU, 2022). Författarna var därför måna om att behålla ett kritiskt förhållningssätt i förhållande till förförståelsen och hur den hanterades i studiens olika moment.

Resultat

Studiens resultat är en sammanställning av intervjuer med nio informanter från tre olika psykosmottagningar. Det var tretton personer som tillfrågades om deltagande i studien och av dessa tackade fyra nej. Av de nio informanter som intervjuades var sju män och två kvinnor i åldrarna 30-65 år. Hälften av dem hade haft sin schizofrenidiagnos i 25-30 år och hälften i 10-15 år. Fyra informanter uppgav att de inte deltog i öppenvårdens fysiska aktiviteter, två deltog regelbundet och ytterligare tre deltog indirekt i öppenvårdens fysiska aktiviteter genom deltagande i fysisk aktivitet via en fristående studie, där regelbunden fysisk aktivitet är en del av studiens upplägg. Innehållsanalysen resulterade i två teman, med fyra, respektive tre subteman (tabell 2).

Tabell 2. Teman och subteman

Motivation till fysisk aktivitet:	Hinder för fysisk aktivitet:
Positiv effekt av fysisk aktivitet	Psykiskt eller fysiskt hinder
Inställning till fysisk aktivitet	Praktiskt hinder
Struktur som stödjer motivation	Hinder för fysisk aktivitet på öppenvården
Socialt sammanhang	

Motivation till fysisk aktivitet

Informanternas beskrivning av temat Motivation till fysisk aktivitet berörde fyra subteman: Positiv effekt, Inställning, Struktur som stödjer motivation och Socialt sammanhang. Den gemensamma nämnaren för dessa subteman var att de på olika sätt bidrog till informanternas motivation att vara fysiskt aktiva. Detta tema berörde både motivation till fysisk aktivitet inom öppenvården (ÖV) och motivation till fysisk aktivitet generellt.

Positiv effekt av fysisk aktivitet

Informanterna menade att motivationen att vara fysisk aktiv drevs av viljan att uppnå en positiv effekt. Det kunde vara att förbättra sin fysiska hälsa, förbättra sitt psykiska mående eller undvika negativa effekter av inaktivitet. Att förbättra den fysiska hälsan beskrev informanterna bland annat som att de motiverades av förbättringar i fysisk prestation över tid. Detta gällde både ökad kondition och styrka. De förklarade även att de motiverades av att kroppen upplevdes som mer kompakt och att fysisk aktivitet underlättade viktnedgång. Det förekom även uttalanden om att informanten motiverades av att känna sin egen kropp bättre när den var tränad, vilket skulle kunna höra samman med upplevelse av förbättrad kroppskänedom. Informanter som motiverades till fysisk aktivitet av att det förbättrade det psykiska måendet, beskrev till exempel att fysisk aktivitet fick dem att må bra efteråt. De beskrev även att minnet av fysisk aktivitet tidigare under dagen kunde underlätta ångesthantering senare. Informanter menade även att de motiverades att vara fysiskt aktiva av att de upplevde en positiv effekt på hur de fungerade socialt. Att undvika negativ effekt av inaktivitet handlade dels om att motverka försämring i fysisk prestation, eller att rehabilitera skada med hjälp av fysisk aktivitet. Men informanter beskrev även att svåra biverkningar i form av myrkrypningar i benen gjorde det svårt att sitta stilla och att ständig rörelse därför var det bästa alternativet.

”I stället för att sitta och tänka och må dåligt så har jag gjort någonting som har gjort att dagen gått lättare och då kan jag tänka på det” (Informant Nr:1, mottagning Nr:3).

Inställning till fysisk aktivitet

Informanterna beskrev inställning som motiverar fysisk aktivitet antingen som en positiv grundinställning till fysisk aktivitet eller en inställning att det inte fanns något som hindrade fysisk aktivitet. En positiv grundinställning beskrevs av informanterna som att de såg fysisk aktivitet i sig som något positivt och meningsfullt, men även att de uttryckte en önskan att själva vara fysiskt aktiva. Informanterna förmedlade även inställningen att det inte fanns någonting som hindrade fysisk aktivitet. Detta tolkades som ett positivt, alternativt neutralt uttalande och förstås snarare som frånvaro av negativ inställning, än en direkt positiv inställning till fysisk aktivitet.

”Jag gillar träning, aktivitet alltså. Jag tycker det hör samman med hälsan” (Informant Nr:4, mottagning Nr:3).

Struktur som stödjer motivation

Enligt informanterna fanns det strukturer som stärkte motivation till fysisk aktivitet. Dessa strukturer omfattade tidigare eller nuvarande rutiner för fysisk aktivitet, planering inför fysisk aktivitet och strategier för att minska motstånd till fysisk aktivitet. Informanterna förmedlade att upprätthållande av rutiner kring hur den fysiska aktiviteten utfördes och när/hur ofta den utfördes, tycktes spela en central roll för informanternas motivation till fysisk aktivitet. Även att tidigare ha haft rutiner för fysisk aktivitet, beskrev informanterna som en motiverande faktor. Det kunde till exempel handla om att en tidigare rutin för regelbundna promenader underlättade motivationen att planera nya rutiner för regelbunden simträning. Informanterna berättade även om medvetna strategier för att hantera dagar med låg motivation till fysisk aktivitet. Dessa strategier handlade då till stor del om att försöka motivera sig själv genom att tänka positivt, men även att bara börja med den fysiska aktiviteten och se om motivationen kom efter hand, kunde fungera som strategi. Informanterna beskrev även rutiner som underlättade vardagen generellt. Det handlar då om fasta rutiner som genom att ge vardagen en förutsägbar struktur underlättade hanteringen av vardagen. Dessa rutiner var inte

nödvändigtvis kopplade till fysisk aktivitet, men kunde tolkas som en struktur som indirekt underlättade förutsättningarna för fysisk aktivitet.

”Nu går jag upp vid tidigt på förmiddan men jag har haft fel dygnsrytm och sånt tidigare också men nu så har jag aktivitet vid ett-tiden” (Informant Nr:3, mottagning Nr:2).

Socialt sammanhang

Informanter berättade om hur socialt sammanhang kunde motivera till fysisk aktivitet. Det kunde innebära att viljan att vara i ett socialt sammanhang motiverade deltagande i fysisk aktivitet eller att den fysiska aktiviteten i sig upplevdes som lättare eller roligare i ett socialt sammanhang. Informanter beskrev till exempel att viljan att träffa andra och vara social, var det primära målet med träningen. Men även att träningen i sig blev bättre och att det var lättare att anstränga sig lite extra, när den fysiska aktiviteten skedde i grupp. Det kunde även handla om att personal på öppenvården eller annan person uppmanade eller uppmuntrade till fysisk aktivitet. Informanterna beskrev då att det underlättade om någon pushade dem, eller att någon annan bestämde och planerade att de skulle ses för att till exempel gå en promenad.

”Vad som är bra med gruppträningen, det är att man ehh.. känner att man vill ge lite mer när man är i en grupp” (Informant Nr:1, mottagning Nr:2).

Hinder för fysisk aktivitet

Informanterna beskrev temat Hinder för fysisk aktivitet som olika faktorer som utgjorde hinder för informanterna att genomföra fysiska aktiviteter. Psykiskt eller fysiskt hinder och Praktiskt hinder utgjorde hinder för fysisk aktivitet både inom öppenvården (ÖV) och generellt. Hinder för fysisk aktivitet i öppenvården gällde enbart fysisk aktivitet som var kopplad till ÖV.

Psykiskt eller fysiskt hinder

Informanterna beskrev psykiska eller fysiska hinder för fysisk aktivitet, som att möjligheten att vara fysiskt aktiv hindrades av deras psykiska eller fysiska mående. Psykiskt hinder handlade främst om ångest och negativa tankar men även mer omfattande psykiska svårigheter. Till exempel svårigheter att ändra rutiner/vanor eller svårighet att vara i grupp.

Fysiskt hinder syftade på fysisk sjukdom eller skada som begränsade möjligheten att vara fysisk aktiv. Utmattnings och medveten begränsning av fysisk aktivitet, till exempel för att undvika utmattnings, kunde betraktas som både psykiskt och fysiskt hinder för fysisk aktivitet. Informanterna beskrev utmattnings som ett omfattande hinder för fysisk aktivitet.

Beskrivningarna handlade om upplevelsen att vara utmattad, utmattnings på grund av biverkning, sömnbrist och otillräcklig kosthållning och att det utgjorde hinder för fysisk aktivitet. Informanterna berättade även om psykiska svårigheter att hantera vardagen generellt. Detta omfattade svårigheter att upprätthålla rutiner i en sådan utsträckning att basala behov blev lidande. Det kunde till exempel handla om svårigheter att följa rutiner för intag av måltider eller generella svårigheter att bryta negativa vanor så som frekvent rökning. Svårighet att hantera vardagen beskrevs inte alltid relaterade till hinder för fysisk aktivitet, men kunde tolkas som ett indirekt psykiskt hinder för fysisk aktivitet.

”...och sen har jag haft problem med mattiderna eftersom jag inte ätit någonting på mornarna så förlorar man, man blir inte så stark i det fysiska” (Informant Nr:2, mottagning Nr:3).

Praktiskt hinder

Informanterna beskrev även praktiska hinder för fysisk aktivitet. Det kunde handla om att det fanns andra alternativ än att vara fysiskt aktiv, som att träffa vänner eller pyssla i trädgården. När informanterna upplevde dessa alternativ som mer lockande prioriterades det framför att vara fysiskt aktiv. Om den fysiska aktiviteten upplevdes som tråkig gjorde det att informanter än mer lockades att göra andra saker som var mindre fysiskt krävande. Det kunde även handla om att den fysiska aktiviteten som personen gärna vill ägna sig åt, kostade för mycket pengar och på så sätt blev otillgänglig. En annat praktiskt begränsande faktor snarare än hindrande, var om möjligheten att boka in sig på träningspass var begränsad.

“Sen kostar det med barn också. Så vill man lösa ett helt årskort. Ja, pappa jag ska också gå på gym, säger han så jag fick betala hans gymkort” (Informant Nr:2, mottagning Nr:2).

Hinder för fysisk aktivitet på öppenvården

Informanternas beskrivning av vad som hindrade deras deltagande i fysisk aktivitet på öppenvården (ÖV). Hindret som beskrevs relaterat till ÖV behövde i sin tur inte utgöra något

hinder för fysisk aktivitet utanför ÖV. Informanterna beskrev till exempel att det kunde finnas en stark motivation att vara fysiskt aktiv, men på en annan plats. Med andra ord kunde informanten vara regelbundet fysiskt aktiv och hade en fungerande rutin för sin fysiska aktivitet utanför ÖV. Hinder för fysisk aktivitet på ÖV kunde även handla om att informanterna tyckte det var en för lång sträcka att åka, eller för få tillfällen för fysisk aktivitet på ÖV. Det framkom även att upplevelser av självstigma kopplat till ÖV, eller att det fanns ett psykiskt motstånd mot att vara i grupp, som hindrade deltagande i fysisk aktivitet på ÖV.

”Jag tänker inget illa om dem som är med, men jag känner mig inte så dålig” (Informant Nr:3, mottagning Nr:3).

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ design för studien utgick från viljan att få en förståelse för människors upplevelser och erfarenheter av ett specifikt fenomen (Kvale & Brinkmann, 2014). Utifrån studiens syfte bedömdes det som lämpligt med ett strategiskt urval av informanter (Hartman, 2004). Det innebar att det gjordes ett medvetet val av individer som hade kunskap och erfarenhet av det fenomen som skulle undersökas. Semistrukturerade intervjuer bedömdes vara en relevant metod för datainsamling och intervjuerna gav författarna möjlighet att få en djupare insikt i fenomenet genom att informanterna delade med sig av sina personliga berättelser (Polit & Beck, 2021). Vid formuleringen av frågorna användes den skrattekniken som ansågs vara lämplig att använda för att successivt introducera den intervjuade i det aktuella ämnet. Intervjuerna inleddes därför med frågor av övergripande karaktär som efterhand blev mer specifikt relaterade till syftet (Kvale & Brinkmann, 2014). Till skillnad från strukturerade intervjuer där det är viktigt med kontinuitet i när, var och hur frågor ställs, finns det i semistrukturerade intervjuer möjlighet till fördjupad kunskap genom användningen av öppna frågor. Intervjuguiden fungerade som en mall som gav en viss struktur till intervjun. Samtidigt ställdes öppna frågor för att ge informanterna utrymme att fritt kunna berätta om sina upplevelser och ge intervjuerna möjlighet att ställa följdfrågor för att förtydliga och

fördjupa innehållet i den information som förmedlades (Polit & Beck, 2021). Följdfrågor, eller det som Kvale och Brinkmann (2014) benämner som sonderande frågor kunde till exempel vara *varför/varför inte, hur menar du, kan du utveckla/berätta mer* (Kvale & Brinkmann, 2014). Psykotiska symtom som hörselhallucinationer och vanföreställningar är tillsammans med kognitiv funktionsnedsättning en del av sjukdomsbilden vid schizofreni och symptomen kan vara mer eller mindre påtagliga hos de personer som lever med sjukdomen. Det innebär till exempel att det kan vara svårt att förutsäga hur ett samtal kommer att gestalta sig och om den information som förmedlas är adekvat för situationen (Bodèn, 2016). Det fanns en medvetenhet hos författarna att personer med schizofreni tillhör en ytterst sårbar grupp och att intervjusituationen kunde skapa oro och obehag. Det kunde också finnas en misstänksamhet mot att samtalen skulle spelas in. Det var därför viktigt att ta hänsyn till informanternas utsatta position i intervjusituationen och det innebar att författarna genomförde intervjuerna var för sig på en plats som godkänts av informanterna, i det här fallet i en trygg och avskild miljö på respektive öppenvård. Inledningsvis betonades att informanterna när som helst kunde ta en paus eller avbryta helt. Vid behov kunde en intervju även genomföras utan ljudinspelning. Alla informanter tackade dock ja till inspelning och intervjuerna genomfördes utan avbrott. Att alla intervjuer var inspelade ansåg författarna vara en styrka, framför allt i analysmomentet, då det hela tiden fanns möjlighet att gå tillbaka och göra jämförelser med det ursprungliga materialet.

Enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) finns det flera kriterier som är viktiga att beakta vid bedömning av kvaliteten i en kvalitativ studie och det är upp till studiens författare att bevisa att dessa kriterier är uppfyllda genom hela processen. Trovärdighet (eng. *trustworthiness*) utgör här ett övergripande begrepp som omfattar studien som helhet och följande kriterier används för att beskriva olika aspekter av detta begrepp: trovärdighet (eng. *credibility*), pålitlighet, anpassningsbarhet, överförbarhet och äkthet (Graneheim et al, 2017). Trovärdighet påverkas bland annat av urvalet av informanter. Till den aktuella studien skedde rekryteringen från utvalda psykosmottagningar, där informanterna antingen deltog eller inte deltog i fysiska aktiviteter. Diagnoslängden på minst fem år som var ett av inklusionskriterierna, valdes med avseende på den tid det vanligen tar från nyinsjuknandet tills dess att sjukdomsbilden ter sig stabil, men även hur sjukdomen och den medicinska behandlingen över tid kan påverka såväl den psykiska som den fysiska hälsan (Bodèn, 2016). De mellanhänder som tackade ja till att välja ut informanter hade de givna inklusions- och exklusionskriterierna att förhålla sig till och med dessa kriterier ansåg författarna att urvalet

skulle svara mot syftet. Samtidigt var författarna medvetna om att det fanns en risk att mellanhänderna i sin bedömning av lämpliga deltagare, påverkade urvalet i större utsträckning än som var tänkt enligt de aktuella kriterierna. Följden kunde då bli ett snävare och mer anpassat urval som inte gav den variation som var önskvärd och nödvändig för den kvalitativa innehållsanalysen, vilket i sin tur skulle kunna påverka studiens resultat (SBU, 2022). Sett till trovärdigheten skulle detta kunna ses som en möjlig brist i den föreliggande studien. Författarna bedömde dock att det trots risk för begränsning i urvalet, ändå fanns goda möjligheter att erhålla tillräcklig variation i intervjumaterialet med inklusions- och exklusionskriterierna som utgångspunkt. Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) beskriver vidare vikten av att rekrytera tillräckligt många informanter till en studie men betonar samtidigt att det inte enbart är mängden data som är avgörande utan även av kvaliteten på det insamlade materialet (Graneheim et al, 2017). Författarna planerade att genomföra 10-12 intervjuer, vilket bedömdes vara rimligt sett till den aktuella tidsramen för studien. Efter transkriberingen av den nionde intervjun bedömde författarna att fler intervjuer inte förväntades tillföra någon ny kunskap och datainsamlingen avslutades därmed. Intervjuerna varade i ca 15-20 minuter, betydligt kortare än de 30-45 minuter som det planerades för. Detta skulle kunna spegla de svårigheter att uttrycka sig och kommunicera med andra, som kan förekomma hos personer med schizofreni. Trots att intervjuerna var korta, fick författarna ta del av berättelser som gav värdefulla inblickar i informanternas liv.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det upp till läsaren att avgöra om en studies resultat är överförbart till andra sammanhang. För att underlätta bedömningen är det en viktig uppgift att göra en så tydlig beskrivning som möjligt av alla ingående delar i forskningsprocessen och det anser sig författarna ha åstadkommit i den föreliggande studien (Graneheim & Lundman, 2004). Med det i åtanke vill författarna dock föreslå att studiens resultat skulle kunna vara överförbart genom att bidra med viktig information om motivation till fysisk aktivitet hos den specifika målgruppen och ge vägledning vid planering av aktiviteter på de aktuella psykosmottagningarna och även på andra psykosmottagningar med liknande verksamhet.

För analys av intervjumaterialet valdes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), då metoden bedömdes vara väl lämpad för att besvara studiens syfte. Transkriberingen av respektive intervjuer genomfördes individuellt, medan den fortsatta analysprocessen skedde i samarbete mellan å ena sidan författarna och å andra sidan handledaren. Att inkludera flera parter, i det här fallet handledaren, som kan bidra med alternativa tolkningar av analysmaterialet, anses enligt Graneheim och Lundman stärka

studiens pålitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). Då analysen bygger på en beskrivning och tolkning av informanternas berättelser, var det viktigt att ha i åtanke att det var deras röster som skulle vara framträdande i de olika analysstegen. I resultatet presenterades detta sedan som citat som gav stöd åt författarnas tolkningar av materialet, vilket i sin tur ökar trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom båda författarna hade erfarenhet av att arbeta inom psykosvården var det oundvikligt att inte ha en förförståelse kring det valda ämnet, vilket kunde innebära fördelar men även vissa utmaningar (SBU, 2022). Författarna har under studiens gång varit uppmärksamma på den egna förförståelsen och vilken påverkan den kunde ha, både när det gällde insamlingen av data och i analysfasen. Till exempel fördelades informanterna så att det säkerställdes att det inte fanns någon relation mellan den som skulle genomföra intervjun och den aktuella informanten. Det var genomförbart då informanterna rekryterades från flera psykosmottagningar. Även om informanten inte var känd för intervjuaren, var det dock viktigt att vara medveten om hur den kunskap och erfarenhet som intervjuaren bar med sig, skulle kunna påverka dennes förhållningssätt och därmed graden av öppenhet gentemot den information som förmedlades.

Resultatdiskussion

Tidigare forskning kring motivation till fysisk aktivitet hos personer med schizofreni, tyder på att de motiveras att vara fysiskt aktiva av samma faktorer som personer utan schizofreni. Det har då handlat om att fysisk aktivitet varit associerat med bättre hälsa och livskvalitet (Laursen et al., 2014). Motiverande faktorer kunde även vara när aktiviteten i sig gav en positiv upplevelse och blev något att se fram mot (Rastad et al., 2014). Detta kan kopplas till huvudfynd från föreliggande studies resultatet som pekar på viljan att uppnå en positiv effekt av fysisk aktivitet, som en motiverande faktor till fysisk aktivitet. I föreliggande studie handlade det om att förbättra sin fysiska eller psykiska hälsa, alternativt att undvika negativa effekter av inaktivitet. Tidigare forskning om motivation till fysisk aktivitet hos personer med schizofreni, beskriver även hinder för fysisk aktivitet. De hinder som beskrevs var bland annat sjukdomssymtom och biverkningar av medicinering (Laursen et al., 2014). Utöver symtom på sjukdom kunde även trötthet eller upplevelsen att aktivitet i grupp ökade känslan av ensamhet, utgöra en hindrande faktor för fysisk aktivitet (Rastad et al., 2014). Negativa symtom vid schizofreni var generellt sett associerat med lägre autonom motivation till fysisk aktivitet

(Vancampfort et al., 2015) Det återfanns även liknande fynd i föreliggande studies resultat. Hindrande faktorer för fysisk aktivitet bestod bland annat av fysiska och psykiska hinder. Det omfattade då både symtom på psykisk ohälsa generellt och psykiska svårigheter. Bland psykiska svårigheter framkom svårighet att vara i grupp som en faktor, även om det inte sattes i samband med förstärkning av ensamhet. Flera av informanterna i föreliggande studie beskrev olika aspekter av utmattning. Deras beskrivningar omfattade upplevelsen att vara utmattad, utmattning på grund av biverkning, sömnbrist och utmattning på grund av otillräcklig kosthållning som hinder för fysisk aktivitet. Detta går att koppla till både trötthet (Rastad et al., 2014) och biverkningar av medicinering (Laursen et al., 2014) som hindrande faktorer som nämnts i tidigare forskning.

Utgångspunkten för föreliggande studie har varit att försöka förstå motivation till fysisk aktivitet hos personer med schizofreni, ur ett patientperspektiv. Patientperspektivet existerar utöver professionsperspektivet och öppnar upp för kunskap om hälsa på individnivå (Asp, 2020). Det är viktigt att betona att det i föreliggande studies resultat förekommer motsättningar eftersom det är en sammanställning av vad olika personer förmedlat. Till exempel framkom det bland hinder för fysisk aktivitet, både svårighet att vara i grupp och upplevelse av stigma kopplat till öppenvården (ÖV). Båda faktorerna kan tolkas som att sociala sammanhang utgör ett hinder för fysisk aktivitet. Men viljan att vara i ett socialt sammanhang beskrevs även som en stark motiverande faktor till att vara fysiskt aktiv. Svensk sjuksköterskeförening (2017a) beskriver att personcentrerad vård skall karaktäriseras av att patienten ses som en unik person, med unika resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). I föreliggande studies resultat beskrivs strukturer som stödjer motivation till fysisk aktivitet och inställning som motiverar fysisk aktivitet. De är båda motiverande faktorer till fysisk aktivitet och kan kopplas till personernas resurser, där målet är att vara fysiskt aktiv. Svensk sjuksköterskeförening (2017a) beskriver även att mötet mellan vårdare och patient skall bygga på en ömsesidig respekt för varandras kunskap, där patienten är delaktiga i hur vården utformas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Det kan handla om att visa respekt för de sammanhang som är meningsfulla för patienten. Till exempel uppgav flera informanter i föreliggande studie att de inte deltog i fysisk aktivitet på ÖV, eftersom de redan hade en träningsform utanför ÖV, som de upplevde som meningsfull. Det är då viktigt att som vårdgivare visa respekt för patientens val. I föreliggande studie berättade informanterna om svårigheter att hantera vardagen. Svårigheterna innebar bland annat svårigheter att upprätthålla rutiner i en sådan utsträckning att basala behov blev lidande, vilket skulle kunna

tyda på lågt KASAM. Tidigare forskning har även visat att det finns ett samband mellan hög sjukdomsgrad vid schizofreni och lägre grad av KASAM (Bengtson-Tops et al., 2005). Det är rimligt att anta att lågt KASAM till följd av hög sjukdomsgrad vid schizofreni, även kan påverka förmågan att genomföra uppgifter som fysiska aktiviteter. Värt att notera är att det eventuellt går att finna KASAM-stärkande faktorer inom temat motivation till fysisk aktivitet. Exempelvis kan både viljan att uppnå en positiv effekt av fysisk aktivitet och sociala sammanhang som drivkraft till fysisk aktivitet, kopplas till meningsfullhet. Sociala sammanhang kan även kopplas till upplevelsen av att vara i ett sammanhang. Det förekom även uttalanden om att känna sin kropp bättre när den var tränad, vilket skulle kunna kopplas till begriplighet och hanterbarhet. En intressant hypotes för framtida forskning skulle kunna vara om fysisk aktivitet kan höja graden av KASAM hos personer med schizofreni.

Enligt FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning är Rätt till liv en inneboende rätt för alla människor. Vidare menar konventionen att alla åtgärder som behövs skall vidtas för att personer med funktionsnedsättning ska få ta del av denna rätt på samma villkor som andra (Socialdepartementet, 2008). Det kan tolkas som att det är en Mänsklig rättighet för personer med schizofreni att alla åtgärder som behövs skall vidtas för att minska den ökade risken att dö i förtid. Enligt Laursen et al (2014) är dödsorsaken kopplad till sjukdomar som går att förebygga med fysisk aktivitet (Laursen et al., 2014), samtidigt som personer med schizofreni rör sig mindre än den generella befolkningen (Scheewe et al., 2012). Författarna till föreliggande studie har därför gjort bedömningen att det är av stor vikt att förstå vilka motiverande och hindrande faktorer, som personer med schizofreni upplever påverkar deras val att genomföra fysiska aktiviteter. Mycket tyder på att det finns en kunskapslucka kring vad som motiverar eller hindrar personer med schizofreni, som till synes sällan eller aldrig deltar i fysiska aktiviteter arrangerade av ÖV eller liknande. Föreliggande studie har inkluderat både personer som regelbundet deltar i fysiska aktiviteter arrangerade av ÖV och personer som sällan eller aldrig deltar. Trots det så finns det stora likheter i resultatet mellan föreliggande studie och tidigare studiers resultat, även om dessa tidigare studier inte inkluderat personer som sällan eller aldrig deltar i fysiska aktiviteter. En studie är dock för litet underlag för att dra slutsatser kring vad som motiverar och hindrar personer som till synes inte deltar i fysiska aktiviteter. Författarna till föreliggande studie föreslår därför, att det skulle behövas fler kvalitativa studier som studerade motivation och hinder för fysisk aktivitet, hos personer med schizofreni som inte deltar i fysiska aktiviteter arrangerade av ÖV eller liknande. Det vore även önskvärt med kvantitativa studier som undersöker hur pass

vanligt det är att som patient på psykosmottagning sällan eller aldrig delta i fysiska aktiviteter arrangerade av ÖV eller liknande.

Konklusion och implikationer

Nyttan med föreliggande studies resultat ligger i att kunna ge en ökad förståelse för vad som kan motivera eller hindra personer med schizofreni att vara fysiskt aktiva. Förståelse mellan vårdgivare och patient kan underlätta kommunikation och öka patientens delaktighet i vården, vilket är en förutsättning för personcentrerad vård. På sikt kan ökad förståelse och förbättrad kommunikation förhoppningsvis även leda till ökad delaktighet i fysisk aktivitet. Att underlätta för patientgruppen att vara fysiskt aktiv är av stort värde för att minska risken att dö i förtid till följd av sjukdomar som hade kunnat förebyggas med fysisk aktivitet. Utifrån föreliggande studies resultat föreslår därför författarna att livsstilsrelaterade samtal mellan vårdgivare och patient lägger särskilt fokus på positiva effekter av fysisk aktivitet, men även undersöker hur eventuella hinder för fysisk aktivitet kan motverkas. Den individuella vårdplanen kan fungera som ett redskap för att kartlägga behov och önskemål kring fysisk aktivitet, och även vilka faktorer som motiverar eller eventuellt hindrar patienten att delta i de aktiviteter som erbjuds.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (1 uppl.). Natur och Kultur.
- Asp, M. (2020). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2:5 uppl., s. 49-59). Studentlitteratur
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D & Rask, M. (2005). The structure of Antonovsky`s sense of coherence in patients with schizophrenia and ist relation to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 280-287.
- Bodén, R. (2016). Schizofreni, andra psykoser och katatoni. J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.). *Psykiatri*. (2:6 uppl., s. 269-297). Studentlitteratur
- Ekebergh, M. (2020). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2:5 uppl., s. 79-93). Studentlitteratur
- Ekman, I. & Norberg, A. (2020). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1:9 uppl., s. 29-61). Studentlitteratur
- Forsberg Brobakken, M., Nygård, M., Cyneyt Gyzey, I., Morken, G., Kläbol Reitan, S., Heggelund, J., Vedul-Kjelsaas, E & Wang, E. (2020). One-year aerobic interval training in outpatients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30, 2279-2504.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24, 105-112.

Graneheim, U.H., Lindgren, B.-M & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande – Från kunskapsteori till metodteori* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Hedlund, L., Engh, J.A & Martinsen, E.W. (2017). Fysisk aktivitet vid schizofreni. A. Ståhle (Red.). *FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3uppl., s. 586-596). Läkartidningen förlag

Hennekens, C., Hennekens, A., Hollar, D & Casey, D. (2005) Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 150, 1115-1121.

Karolinska institutet. (2022). *Referensguide för APA 7*. Universitetsbiblioteket.

<https://kib.ki.se/skriva-referera/skriva-referenser-apa-vancouver/referensguider/referensguide-apa-7>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3uppl.). Studentlitteratur

Laursen, M.T., Plana-Ripolla, O., Andersen, K.P., Mc Grath, J., Toender, A., Nordentoft, M., Canudas-Romo, V & Erlangsen, A. (2019). Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? *Schizophrenia Research*, 206, 284-290.

- Laursen, T.M., Nordentoft, M & Mortensen, P.B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-438.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Nurse Education today*, 108, 1-6.
- Mattsson, M., Jansson, E & Hagströmer, M. (2017). Fysisk aktivitet- Begrepp och definitioner. A. Ståhle (Red.). *FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3uppl., s. 21-34). Läkartidningen förlag
- Maurus, I., Mantel, C., Keller Varady, K., Schmitt, A., Lembeck, M., Röh, A., Papazova, I., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., Hasan, A & Malchow, B. (2020). Resistance training in patients with schizophrenia: Concept and proof of principle trial. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 72-82.
- Morrens, M., Docx, L & Walther, S. (2014). Beyond boundaries: in search of an integrative view on motor symptoms in schizophrenia. *Front Psychiatry*, 5, 145-150.
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Stephen, C & Scott, S.T. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 12, 1172-1181.
- Ottosson, J.O. (2015). *Psykiatri* (8 uppl.). Liber
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice* (11uppl.). Wolters Kluwer
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*.
https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf

Rastad, C., Martin, C & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy*, 94, 1467-1479.

Revstedt, P. (2014). *Motivationsarbete* (4uppl.). Liber.

Ringen, P.A., Falk, R., Antonsen, B., Faerden, A., Mamen, A., Rognli, E., Solberg, D., Martinsen, E & Andreassen, O. (2018). Using motivational techniques to reduce cardiometabolic risk factors in long term psychiatric inpatients: a naturalistic interventional study. *BMC Psychiatry*, 255, 1-9.

Rudenlund, K. (2020). Hopplöshet och hopp. L. Wiklund Gustin (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – På avancerad nivå*. (3uppl., s.252-296). Studentlitteratur

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. (2020). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*.

<https://www.sbu.se/metodbok>

Scheewe, T., Takken, T., Kahn, S., Cahn, W & Backx, F. (2012). Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 4, 834-842.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Socialdepartementet. (2008). *FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning*.

<https://www.regeringen.se/contentassets/0b52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. (2012). *Schizofreni: Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. https://www.sbu.se/contentassets/3908bd4317a1421fb091eae098b150bb/schizofreni_2012.pdf

Storch-Jakobsen, A., Speyer, H., Brix-Nørgard, H.C., Hjorthøj, C., Krogh, J., Mors, O & Nordentoft, M. (2018). Associations between clinical and psychosocial factors and metabolic and cardiovascular risk factors in overweight patients with schizophrenia spectrum disorders - Baseline and two-years findings from the CHANGE trial. *Schizophrenia Research*, 199, 96-102.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Fysisk aktivitet*. <https://swenurse.se/om-oss---profession-vision-politik/kunskapsområdet-omvardnad/halsoframjande-omvardnad/fysisk-aktivitet>

Vancampfort, D., De Hert, M., Stubbs, B., Ward, P., Rosenbaum, S., Soundy, A & Probst, M. (2015). Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 128-132.

Vetenskapsrådet, (2017). *God forskningsсед*.

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Waters, F & Badcock, J. (2010). First-rank symptoms in schizophrenia: reexamining mechanisms of self-recognition. *Schizophr Bull*, 36, 510-517.

World Health Organization, WHO. (2022). *Schizophrenia*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-Helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Intervjuguide:

1. Hur ser en vanlig dag ut för dig?
2. Vad skulle du säga är det mest fysiskt ansträngande i din vardag?
3. Vad är din inställning till fysisk aktivitet och träning?
4. Om du skulle vilja vara mer aktiv vad är det då som hindrar dig?
5. Vad hade kunnat underlätta för dig att vara mer aktiv?

6. Har du någon gång varit med på öppenvårdens promenadgrupper eller träningstillfällen?
 - Om ja:
 7. Hur ofta?
 8. Vad tycker du om att göra på öppenvårdens aktiviteter?
 9. Vad motiverar dig att vara med?
 10. Vad tycker du mindre om att göra på öppenvårdens aktiviteter?
 11. Om du väljer att inte vara med, vad beror det oftast på?
 - Om nej:
 7. Hade du velat vara med?
 8. Vad beror det oftast på att du inte är med?
 9. Är det något som hindrar dig att vara med?
 10. Vad skulle behövas för att du skulle vara med?

- 11/12. Finns det något du skulle vilja tillägga?